

BAB I PENDAHULUAN

Latar Belakang

Penyakit tidak menular (PTM) sudah menjadi penyebab utama kematian di dunia sejak milenium ketiga. Proporsi kematian karena PTM di dunia terus meningkat dari 47% tahun 1990, menjadi 56% tahun 2000 WHO (dalam Boutayeb & Boutayeb, 2005). Pada tahun 2008 terjadi peningkatan, dari 57 juta kematian, 36 juta atau 63% disebabkan oleh PTM, terutama jantung, diabetes, kanker dan penyakit pernapasan kronis. Kematian karena penyakit tidak menular sebanyak 29 juta (80%) terjadi di negara berpenghasilan rendah dan menengah (WHO, 2011a). Proyeksi WHO, kematian penyakit tidak menular akan meningkat sebesar 15% secara global antara tahun 2010 sampai dengan 2020 (untuk 44 juta kematian). Peningkatan terbesar akan terjadi wilayah Afrika, Asia Tenggara dan Mediterania Timur, akan meningkat lebih dari 20%. Sebaliknya di wilayah Eropa, WHO memperkirakan tidak akan ada kenaikan.

Proporsi PTM menjadi penyebab kematian di Indonesia mengalami peningkatan cukup tinggi, dari 41,7% tahun 1995, menjadi 49,9% tahun 2001, dan 59,5% tahun 2007 (WHO, 2011b, Kemenkes, 2012). Pada tahun 2011 terjadi peningkatan 64% (WHO, 2011c), dan tahun 2012 kematian sebanyak 1.551.000 jiwa, diperkirakan mencapai 71% disebabkan oleh PTM, terdiri atas penyakit kardiovaskuler/jantung 37%, kanker 13%, penyakit paru kronis 5%, diabetes 6%, dan penyakit tidak menular lainnya 10% (WHO, 2014). Di Indonesia kematian disebabkan PTM, probabilitas kematian dini 23% (WHO, 2015).

Prevalensi asma, penyakit kronis dan degeneratif lainnya (PKDL), dan kanker di Indonesia masing-masing 4,5 persen, 3,7 persen, dan 1,4 per mil. Prevalensi *diabetes melitus* (DM) dan *hipertiroid* di Indonesia berdasarkan jawaban pernah di diagnosis dokter sebesar 1,5 persen, berdasarkan diagnosis atau gejala sebesar 2,1 persen. Prevalensi hipertensi pada umur ≥ 18 tahun di Indonesia yang didapat melalui jawaban pernah didiagnosis tenaga kesehatan sebesar 9,4 persen. Prevalensi jantung koroner berdasarkan diagnosis dokter atau gejala sebesar 1,5 persen. Prevalensi gagal jantung berdasarkan diagnosis dokter atau gejala sebesar 0,3 persen. Prevalensi stroke di Indonesia berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan atau gejala sebesar 12,1 per mil (Balitbangkes, 2013).

Prevalensi PTM di Provinsi Bengkulu cenderung meningkat dari tahun 2007 s.d. 2013 berdasarkan hasil Riskesdas 2013 antara lain: *diabetes melitus* (DM), stroke, prevalensi kanker

2,0 per mil di Provinsi Bengkulu merupakan terbanyak keempat di Indonesia. Perilaku hidup bersih dan sehat masih rendah di Provinsi Bengkulu, antara lain terlihat dari banyak masyarakat yang merokok pada tahun 2013 yakni sebanyak 37% dari jumlah penduduk (Balitbangkes, 2013).

Salah satu penyakit tidak menular adalah *diabetes melitus* memerlukan terapi terus menerus seumur hidup sehingga memerlukan biaya yang sangat besar. Secara global, pengeluaran kesehatan untuk diabetes mencapai \$ 471 miliar atau setara dengan 11,7% dari total pengeluaran kesehatan (ADA, 2012). Hasil studi Finkelstein *et al.* (2014) memperkirakan pada tahun 2020 *diabetes melitus* akan meningkatkan beban ekonomi Indonesia mencapai lebih dari \$ 1,270 miliar

PTM dikenal sebagai penyakit kronik atau penyakit berkaitan dengan gaya hidup, tidak ditularkan dari orang ke orang. PTM adalah penyakit dengan durasi panjang dan perkembangannya lambat. Empat jenis utama dari penyakit tidak menular adalah penyakit kardiovaskuler (seperti serangan jantung dan stroke), kanker, penyakit pernapasan kronis (seperti penyakit paru kronis dan asma) dan diabetes (ESLM., 2014). Aikins (2016) mendefinisikan penyakit tidak menular dengan sebutan *chronic non-communicable disease (NCDs)*, yaitu penyakit non infeksi yang berlangsung seumur hidup dan membutuhkan pengobatan dan perawatan jangka panjang. Penyakit tidak menular dapat dicegah melalui intervensi yang efektif terhadap faktor risiko, yaitu: penggunaan tembakau, diet yang tidak sehat, aktivitas fisik yang kurang, dan penggunaan alkohol (WHO, 2013a). Perlu bukti yang kuat untuk mendukung penjelasan peran perilaku gaya hidup negatif pada kejadian penyakit kronis, peran perilaku gaya hidup positif pada insiden dan manajemen yang efektif (Dean and Söderlund, 2015).

Peningkatan penderita PTM dan 71% penyebab kematian di Indonesia pada tahun 2012, merupakan masalah bagi kesehatan masyarakat. Kondisi ini perlu dikaji guna upaya pencegahan dan pengendalian terhadap PTM tersebut. Upaya pencegahan dan pengendalian PTM dapat dilakukan dengan perilaku hidup sehat. WHO merekomendasikan gaya hidup sehat adalah dengan makan banyak buah-buahan dan sayuran, mengurangi lemak, gula, dan asupan garam serta berolahraga (WHO, 2014a).

Perubahan gaya hidup memerlukan pendekatan komprehensif dan multidimensi. Oleh karena itu program pengendalian PTM perlu difokuskan pada faktor risiko. Pengendalian PTM secara terintegrasi dan komprehensif (promotif-preventif, kuratif-rehabilitatif), meliputi dimensi

kebijakan, lingkungan, perilaku, dan pelayanan kesehatan. Pemberdayaan masyarakat perlu dukungan lintas program dan lintas sektor. Faktor risiko PTM dapat dicegah dan dikendalikan secara lebih dini. Oleh sebab itu diperlukan pengetahuan dan informasi serta besarnya masalah PTM sebelum melakukan intervensi perubahan faktor risiko. Perubahan faktor risiko PTM membutuhkan waktu yang lama, terutama gaya hidup (Puspromkes, 2010).

Upaya pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular yang sedang dikembangkan di Indonesia adalah Pos pembinaan terpadu penyakit tidak menular (Posbindu PTM). Posbindu PTM merupakan kegiatan secara terintegrasi untuk mencegah dan mengendalikan faktor risiko PTM berbasis masyarakat sesuai sumber daya dan kebiasaan masyarakat (Kemenkes, 2014a). Tujuan Posbindu PTM adalah untuk meningkatkan peran serta masyarakat dalam mencegah dan menemukan secara dini faktor risiko PTM. Sasaran kegiatan utama adalah kelompok masyarakat sehat, berisiko dan penyandang penyakit tidak menular berusia 15 tahun ke atas (Kemenkes, 2014b).

Upaya pengendalian PTM dibangun berdasarkan komitmen bersama dari seluruh elemen masyarakat yang peduli terhadap ancaman PTM melalui kegiatan Posbindu PTM. Pengembangan Posbindu PTM merupakan bagian integrasi dari sistem pelayanan kesehatan berdasarkan persoalan PTM yang ada di masyarakat yang mencakup upaya promotif dan preventif serta pola rujukan. Posbindu PTM merupakan peran serta masyarakat dalam melakukan kegiatan deteksi dini dan pemantauan terhadap faktor risiko PTM yang dilaksanakan secara terpadu, rutin, dan periodik.

Faktor-faktor penentu kesehatan tidak dapat ditangani tanpa kerja kolaborasi dari semua pihak. Masyarakat perlu bekerja untuk mengidentifikasi kebutuhan dan aset mereka yang ada, kemudian meminta para *stakeholder* membantu menyediakan alat dan sumber daya yang dibutuhkan untuk mengembangkan rencana kesehatan yang ditargetkan (*The Select Committee on Wellness*, 2008). Evaluasi kinerja program merupakan bagian penting dari strategi pemerintah untuk mengelola hasil. Siklus program, desain, implementasi, dan evaluasi cocok menjadi siklus yang lebih luas dari sistem manajemen pemerintah. Rencana menetapkan tujuan dan kriteria untuk sukses. Sementara, laporan kinerja dapat digunakan untuk menilai apa yang telah dicapai (MPWGS). Menurut UNDP (2009), sebuah kerangka kerja yang jelas, disepakati antara pemangku kepentingan utama di akhir tahap perencanaan, sangat penting untuk dilakukan pemantauan dan evaluasi secara sistematis

Berdasarkan hasil pengamatan dan wawancara dengan kader dan petugas Puskesmas terhadap pelaksanaan 3 (tiga) Posbindu PTM, peran *stakeholder* masih belum optimal dalam memberdayakan masyarakat untuk mengikuti kegiatan Posbindu PTM. Posbindu PTM saat ini dilaksanakan oleh kader bersama Puskesmas yang terintegrasi dengan kegiatan Posyandu, Posyandu lansia/Pengobatan lansia, dan Majelis Taklim. Kader yang melaksanakan Posbindu PTM banyak yang belum dilatih tentang penyelenggaraan Posbindu PTM sehingga masih kurang percaya diri untuk melakukan pemeriksaan faktor risiko PTM. Posbindu PTM di Provinsi Bengkulu pada tahun 2014 sebanyak 191 unit (Dinkes. Prov, 2014), sedangkan kelurahan/desa berjumlah 1495 dengan penduduk berusia di atas 15 tahun berjumlah 1.287.000 jiwa (Dinkes. Prov, 2014a). Rencana Strategi Kementerian Kesehatan 2015—2019 setiap kelurahan/desa telah melaksanakan kegiatan Posbindu PTM (Kemenkes, 2015). Pada tahun 2011—2013 tercatat 7225 Posbindu PTM di Indonesia. Posbindu PTM ini diharapkan dapat berkembang lebih cepat di tengah masyarakat sehingga setiap kelurahan/desa mempunyai 1(satu) Posbindu PTM (Kemenkes, 2015).

Kesenjangan yang ditemukan pada penelitian ini adalah peran *stakeholder* masih belum optimal, fungsi kader masih terbatas, pengetahuan dan keterampilan masih kurang. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Puskesmas telah melakukan bimbingan tetapi belum banyak perubahan. Pemahaman masyarakat sebagai individu dalam upaya deteksi dini, pencegahan untuk hidup sehat, belum didukung oleh informasi tentang Posbindu PTM dan PTM. Puskesmas sebagai pendamping pelaksanaan desa siaga telah memberi bekal teknik fasilitasi yang baik sehingga dapat menuju desa siaga aktif. Posbindu PTM merupakan salah satu kegiatan untuk mewujudkan desa siaga. Fasilitasi yang dilakukan puskesmas dalam pengembangan desa siaga belum mewujudkan *community development*, dimana masyarakat dapat mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan, melainkan lebih ke arah mobilisasi sosial atau mengumpulkan masyarakat untuk mengikuti suatu kegiatan (Rezeki dkk., 2012). Puskesmas perlu berupaya mencari teknik untuk dapat mewujudkan pemberdayaan Posbindu PTM untuk mencapai tujuan deteksi dini, mencegah, dan mengendalikan penyakit tidak menular. Kegiatan pemberdayaan sangat memerlukan peran kader dan *stakeholder* untuk dapat menggerakkan masyarakat dan melaksanakan kegiatan Posbindu PTM.

Faktor-faktor yang mempengaruhi kemampuan pemecahan masalah kesehatan lokal pada program desa ddiaga meliputi modal sosial dan partisipasi masyarakat (Sulaeman dkk., 2012).

Peran desa siaga sebagai pusat kegiatan berbasis masyarakat yang lebih luas, sekarang perlu dibangun kembali untuk memenuhi tantangan menghadapi pengembangan dan implementasi kebijakan di Indonesia (Hill dkk., 2013). Modal partisipasi masyarakat perlu dikembangkan untuk kemauan dan kemampuan deteksi dini, mencegah dan mengendalikan PTM dengan memberdayakan Posbindu PTM. Kemampuan masyarakat untuk dapat mendeteksi dini, mencegah dan mengendalikan PTM, memerlukan peran *stakeholder* untuk dapat memberi pengetahuan dan pemahaman.

Model pemberdayaan masyarakat didasarkan pada tiga elemen: membangun kepercayaan, kapasitas dan sistem. Konsep model pemberdayaan kesehatan dan kesejahteraan, dilengkapi pengetahuan, kepercayaan diri dan keterampilan untuk membuat perbedaan dalam komunitas mereka. Model pemberdayaan kesehatan dan kesejahteraan lebih baik dari model pemberdayaan (Woodall dkk., 2010). Sebuah tinjauan membuktikan kaitan bahwa ketika pasien diaktifkan untuk mengambil bagian yang lebih besar dan kontrol dalam mengelola kondisi sendiri, tuntutan lebih kecil pada layanan rumah sakit. Program manajemen penyakit kronis menunjukkan bahwa partisipasi perilaku sehat telah meningkatkan status kesehatan dan menurunkan jumlah hari perawatan peserta di rumah sakit (NICE, 2008). Konsep masyarakat yang menjadi pasien akan lebih berpartisipasi dalam peningkatan perilaku hidup sehat. Pemberdayaan Posbindu PTM bertujuan agar anggota dapat berperilaku hidup sehat untuk mencegah dan mengendalikan PTM.

Intervensi komunitas yang diorganisir dapat dilakukan dengan lima fase: a. membangun kepercayaan; b. meningkatkan kesadaran; c. mengembangkan program; d. mengorganisir masyarakat; dan e. inisiatif pemeliharaan program. Model pemberdayaan masyarakat adalah pilihan yang memungkinkan sebagai strategi moderat untuk menampung keinginan masyarakat mencapai tujuan sistem kesehatan. Kapital sosial yang cukup kaya di masyarakat dan pengalaman untuk memobilisasi memberikan satu peluang untuk melakukan intervensi pemberdayaan masyarakat. Beberapa hambatan perlu antisipasi dalam intervensi pemberdayaan masyarakat antara lain: keseimbangan antara standarisasi dan akomodasi, pemenuhan kebutuhan sumber daya, dan menjaga tujuan bersama (Dewi, 2013). Pemberdayaan Posbindu PTM perlu memperhatikan upaya pemenuhan kebutuhan sumber daya untuk pelaksanaan dan pengembangan Posbindu PTM.

Perubahan kebijakan perlu ditindaklanjuti dengan sosialisasi agar terjadi kesamaan dan keselarasan dalam memakai penamaan sebuah kebijakan baru, seperti desa/kelurahan/RW siaga. Pemahaman oleh Pemerintah Daerah, kebijakan yang dikaitkan dengan pemberdayaan masyarakat, khususnya penguatan kapasitas pemerintah tingkat kelurahan/desa perlu diintegrasikan pada tatanan kementerian dalam kerangka pengembangan dan penguatan otonomi daerah (Darmawan dkk., 2012). Aktor pendukung dan penghambat upaya peningkatan peran serta masyarakat di Kota Manado dan Palangkaraya adalah sebagai berikut: a. pimpinan pemerintah setempat seperti kepala kecamatan dan kepala kelurahan/kepala desa; b. tokoh agama dan masyarakat; c. Dinas Kesehatan atau Puskesmas; d. masyarakat; e. organisasi yang potensial seperti Tim Penggerak PKK, Lembaga swadaya masyarakat, karang taruna, lembaga keagamaan, dan lembaga adat (Pranata dkk., 2011). Posbindu PTM yang dikembangkan di Provinsi Bengkulu perlu dilakukan penelitian. Pengembangan yang dimaksud adalah pengembangan model pemberdayaan Posbindu PTM dengan melakukan kajian peran *stakeholder* dalam upaya meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku masyarakat untuk melakukan deteksi dini, mencegah, dan mengendalikan PTM.

Pembaharuan/*Novelty* penelitian ini adalah model peningkatan peran *stakeholder*: Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Puskesmas, kepala kecamatan, kepala kelurahan/kapala desa, Tim penggerak pemberdayaan dan kesejahteraan keluarga (TP PKK) provinsi, TP PKK kabupaten/kota, kecamatan, TP PKK kelurahan, kader dalam upaya kemandirian masyarakat melakukan deteksi dini, mencegah, dan mengendalikan penyakit tidak menular. Penelitian pemberdayaan masyarakat dalam upaya pencegahan dan pengendalian PTM di Kota Yogyakarta, berdasarkan hasil survey dan data kualitatif tahap awal, suatu intervensi pilot didesain untuk menginisiasi perubahan perilaku. Hasil penelitian menjadi bahan penyusunan pedoman pemberdayaann Posbindu PTM dengan peningkatan peran *stakeholder* dan perbaikan kebijakan/membuat kebijakan dalam upaya deteksi dini, pencegahan, dan pengendalian penyakit tidak menular.

Perumusan Masalah

Pelaksanaan Posbindu PTM menunjukkan bahwa belum optimalnya peran *stakeholder* dalam meningkatkan kemauan masyarakat untuk melakukan deteksi dini faktor risiko PTM secara terpadu dan periodik. Berdasarkan hasil penelitian Dewi (2013), pemberdayaan masyarakat diterapkan dengan cara menggerakkan kapital sosial yang dimiliki masyarakat.

Kapital sosial yang kaya dan berpengalaman di masyarakat merupakan satu peluang untuk melakukan intervensi pemberdayaan masyarakat. Beberapa hambatan perlu diantisipasi dalam intervensi berdasarkan pemberdayaan masyarakat; yaitu: keseimbangan antara standarisasi dan akomodasi, pemenuhan kebutuhan sumber daya, dan menjaga tujuan bersama.

Pos pembinaan terpadu penyakit tidak menular (Posbindu PTM) mulai diperkenalkan di Provinsi Bengkulu pada tahun 2008 dengan daerah uji coba di Kota Bengkulu. Setiap tahun Posbindu PTM bertambah di beberapa kabupaten dan kota Bengkulu. Pada tahun 2012 semua kabupaten/kota se Provinsi Bengkulu telah mengembangkan Posbindu PTM. Mengingat perkembangan Posbindu PTM masih lambat, maka perlu dikembangkan penelitian model pemberdayaan Posbindu PTM melalui peran *stakeholder* dalam upaya meningkatkan kemauan masyarakat melakukan deteksi dini, mencegah, dan mengendalikan penyakit tidak menular.

Penelitian Woodall dkk. (2010) bertujuan untuk memberdayakan orang di seluruh daerah Yorkshire dan Humber untuk hidup sehat. Model ini didasarkan pada tiga elemen; yaitu: membangun kepercayaan, kapasitas dan sistem. Konsep model pemberdayaan kesehatan dan kesejahteraan dilengkapi dengan pengetahuan, kepercayaan diri, dan keterampilan untuk membuat perbedaan dalam komunitas mereka. Model pemberdayaan kesehatan dan kesejahteraan lebih baik dari model pemberdayaan. Menurut Janice dan Clarke (2010), PTM dapat dicegah dengan perubahan perilaku hidup sehat. Pencegahan adalah fitur yang menonjol dari reformasi pelayanan kesehatan yang berlangsung akhir 1960-an. Mulai awal 1970 di Amerika Serikat, strategi yang selama ini dijalankan seperti vaksinasi seluruh bangsa, promosi perubahan gaya hidup sehat, dan peraturan keselamatan, diperkenalkan dan secara luas diterima sebagai sarana untuk meningkatkan kesehatan masyarakat sekaligus mengurangi pengeluaran pelayanan kesehatan.

Keberhasilan pemerintah orde baru menurunkan angka kematian ibu dan anak dilakukan dengan "*political entrepreneurship*". Presiden memimpin langsung kampanye kebijakan, menambah anggaran untuk mengurangi angka kematian ibu dan anak, dan memobilisasi pemerintah provinsi serta kabupaten/kota untuk memperhatikan masalah yang sama. Puskesmas dan Posyandu pada era orde baru menjadi ujung tombak implementasi program di bidang kesehatan. Pelayanan kesehatan dan Posyandu yang tersebar hingga ke desa terpencil berhasil menekan angka kematian ibu dan bayi, mengendalikan penyebaran penyakit menular, dan memperbaiki kondisi kesehatan masyarakat. Posyandu mengajarkan warga bagaimana mengelola

nutrisi yang baik, dan perilaku hidup sehat (Shiffman, 2007)

Pertanyaan Penelitian

Bagaimana meningkatkan peran *stakeholder* dalam pemberdayaan Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular (Posbindu PTM).

Tujuan Penelitian

Tujuan Umum

Menyusun model pemberdayaan Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular (Posbindu PTM) dengan peningkatan peran *stakeholder*.

Tujuan Khusus

- 1) Melakukan kajian peran *Stakeholder* pada proses pembentukan, persiapan, pelaksanaan, monitoring, evaluasi, dan pengetahuan masyarakat terhadap pemberdayaan Pos pembinaan terpadu penyakit tidak menular (Posbindu PTM).
- 2) Melakukan kajian formulasi model kebijakan pemberdayaan Pos Pembinaan terpadu penyakit tidak menular (Posbindu PTM) dengan peningkatan peran *stakeholder*.
- 3) Menyusun formulasi model pemberdayaan Posbindu PTM dengan peningkatan peran *stakeholder*.

Manfaat Penelitian

Ilmu Pengetahuan

Hasil penelitian ini akan bermanfaat bagi ilmu pengetahuan sebagai salah satu alternatif: model pemberdayaan Posbindu PTM dengan peningkatan peran *stakeholder* dalam upaya meningkatkan kemauan masyarakat melakukan deteksi dini, pencegahan, dan pengendalian PTM.

Pembuat Kebijakan

Kementerian Kesehatan

Menyusun formulasi perbaikan kebijakan pemberdayaan Posbindu PTM melalui peningkatan peran *stakeholder*, sebagai pelayanan promotif dan preventif dalam upaya deteksi dini, pencegahan, dan pengendalian PTM, dalam bentuk pedoman penyelenggaraan Posbindu PTM.

Dinas Kesehatan

- a) Menyusun formulasi kebijakan Dinas Kesehatan Kabupaten/kota dalam pemberdayaan Posbindu PTM dengan peningkatan peran *stakeholder*;
- b) Menyusun kebijakan bagi Puskesmas untuk pemberdayaan Posbindu PTM dengan peningkatan peran *stakeholder* dalam upaya meningkatkan kemauan masyarakat melakukan deteksi dini, mencegah, dan mengendalikan PTM.

Praktisi

Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota

Model pembinaan pemberi pelayanan kesehatan primer untuk melaksanakan pelayanan promotif dan preventif dalam upaya meningkatkan kemauan masyarakat melakukan deteksi dini, mencegah, dan mengendalikan PTM dengan mengoptimalkan peran Posbindu PTM.

Pemberi Pelayanan Kesehatan Primer

Model upaya meningkatkan kemauan masyarakat melakukan deteksi dini, mencegah dan mengendalikan penyakit tidak menular dengan mengembangkan pelayanan promotif dan preventif melalui Posbindu PTM.

Pemerintah Kabupaten/Kota

Menyusun kebijakan pemberdayaan Posbindu PTM dengan meningkatkan peran Kepala Kecamatan, Kepala Kelurahan/Kepala Desa, pengusaha dan lembaga lainnya, dalam mengembangkan pelayanan promotif dan preventif untuk meningkatkan kemauan masyarakat melakukan deteksi dini, mencegah, dan mengendalikan PTM di masyarakat.

Masyarakat dan Individu

Posbindu PTM sebagai wadah melakukan deteksi dini, mencegah dan mengendalikan penyakit tidak menular bagi masyarakat/individu.

Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dan kuantitatif dengan desain *sequential exploratory* yang dilaksanakan 2 (dua) tahap. Tahap Ia, menggunakan metode kualitatif, mengumpulkan data dengan teknik observasi lapangan, observasi dokumen, wawancara mendalam dengan Kader, penanggung jawab Posbindu PTM di Puskesmas, kepala kecamatan, kepala kelurahan/kepala desa, ketua rukun tetangga/kepala dusun, dan penanggung jawab program Posbindu PTM Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Tahap Ib menggunakan metode kuantitatif untuk mengetahui: a. peran *stakeholder* pada proses pembentukan, persiapan, pelaksanaan, monitoring, dan evaluasi terhadap pemanfaatan Posbindu PTM; b. mengetahui pengetahuan masyarakat terhadap keberadaan Posbindu PTM dan PTM.

Tahap kedua, melakukan kajian formulasi kebijakan pemberdayaan Posbindu PTM dengan meningkatkan peran *stakeholder* melalui analisis tugas, fungsi, dan kewenangan yang dimiliki. Hasil kajian dijadikan sebagai bahan untuk menyusun model pemberdayaan Posbindu PTM dengan peningkatan peran *stakeholder*.

